

Kontaktformular für Terminanforderung im nephrologischen Zentrum

Datum:

Überweisende(r) Ärztin/Arzt _____

Praxisstempel

Name Patientin/Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Fragestellung/Diagnosen: _____

Aktuelle Laborwerte vom: _____ , Krea _____ , Harnstoff _____

GFR _____ , Hb _____

Blutdruck: _____ mmHg

Aktuelle Medikation (bzw. Medikamentenplan als Anhang):

Relevante KH-Befunde bzw. Epikrisen als Anhang

(wird vom Nephrologischen Zentrum ausgefüllt)

Unsere Empfehlung:

Vorstellung in unserer nephrologischen Ambulanz ratsam in _____ Wochen/Monaten

Terminvorschlag: _____ um _____ Uhr

Mit freundlichen Grüßen

(Fax des Formulars an: Marktredwitz: 09231/50911200; Selb: 09287/998133)